FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe GUÉRIN
né le 13 août 1898 à Chatillon-sur-Bar (Ardennes)
Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

SARCOMES DU VAGIN

CHEZ L'ADULTE

Etude comparative à propos d'une observation inédite

Président : M. FAURE, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE. BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
H. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidentés du trava les mutilés de guerre et les infirmes adulte
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émi dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propre leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FILS GÉRARD

A MA FEMME

A MON PÈRE

LE DOCTEUR ETIENNE GUÉRIN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR HYACINTHE GUÉRIN

Dont l'énergie et la haute culture demeurent vivantes en mon esprit.

A TOUS LES MIENS

A ANDRÉ HÉRAUX

Interne des Hôpitaux de Paris
Préparateur à la Faculté

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis FAURE

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANTOINE BASSET

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Qui nous a inspiré ce travail. Sa bonté et son amitié nous ont été un puissant soutien. Qu'il veuille trouver ici le témoignage notre reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. le Professeur GILBERT (1920-1921).

M. le Docteur ARROU (1921).

Externat :

M. le Docteur RICHE (1921-1922).

M. le Docteur CROUZON (1922-1923).

M. le Professeur GILBERT (1923-1924).

M. le Professeur MARCEL LABBÉ (1924-1925).

Internat :

M. le Docteur AVIRAGNET (1925-26 — provisoire).

M. le Professeur agrégé A. BASSET (1926 — provisoire).

A

M. le Professeur agrégé MAURICE VILLARET, M. le Docteur CHABROL, le Docteur H. BESNARD, le Docteur MAY, le Docteur ALAJOUANINE, médecins des Hôpitaux, M. le Docteur BOPPE, chirurgien des Hôpitaux.

SARCOMES DU VAGIN

CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

A propos d'une observation communiquée par notre maître le Professeur agrégé A. Basset relative à un sarcome du vagin chez l'adulte, nous avons été amené à rechercher et à étudier les diverses monographies et observations concernant les sarcomes vaginaux.

Bien que ces tumeurs soient un peu moins rares chez l'enfant que chez l'adulte, nous ne nous occuperons dans le présent travail que des sarcomes du vagin rencontrés chez l'adulte.

Les sarcomes du vagin chez la petite fille présentent en effet des caractères très spéciaux.

Il s'agit presque toujours de tumeurs semblables les unes aux autres ; ce sont des myxosarcomes dont la forme rappelle une grappe de raisin constituée par de petites masses de couleur jaune-verdâtre, plus ou moins translucides ; parfois l'aspect en est un peu modifié par le sang extravasé de capillaires rompus ; elles sont alors brunâtres et opaques. De plus ces

tumeurs s'insèrent sur la paroi antérieure du vagin, ce qui est assez rare dans les sarcomes de l'adulte. La constatation dans le vagin de ces masses polypeuses chez une petite fille, impose presque à coup sûr le diagnostic de sarcome. L'évolution est souvent rapide (six semaines dans un cas). Le traitement chirurgical toujours très décevant ne présente aucune particularité. La possibilité actuelle de l'emploi du radium laisse entrevoir toutefois un pronostic meilleur (sept ans de survie dans un cas communiqué par M. Hallé).

A l'inverse des sarcomes de l'enfance, ceux de *l'adulte* sont beaucoup plus polymorphes et à leur propos c'est le diagnostic des tumeurs du vagin qui se pose. Il est difficile en effet, en se basant sur les seuls signes cliniques d'affirmer la nature sarcomateuse de la tumeur ; l'examen histologique est nécessaire. Cet examen révèle des formes anatomiques variées, il s'agit tantôt de sarcomes fusocellulaires, tantôt de sarcomes à cellules rondes ou d'autres types encore. Ces variations tant clinique qu'anatomo-pathologiques expliquent l'intérêt de l'étude de ces sarcomes et les discussions relatives à leur traitement.

Pour ces diverses raisons, il nous a semblé particulièrement instructif de faire une étude comparative de l'observation que nous publions et des autres cas rapportés antérieurement.

Cette façon d'envisager notre travail nous permet de mettre en relief les aspects divers des sar-

comes du vagin chez l'adulte ; d'en souligner les difficultés du diagnostic, de montrer enfin comment selon les cas, les auteurs ont compris le traitement, et de quelle façon M. Basset et nous-même le concevons.

HISTORIQUE

Nous croyons devoir rappeler en quelques mots les travaux antérieurs concernant les sarcomes du vagin chez l'adulte.

Leur étude est de date relativement récente : W.-J. Good en 1891 signale dans la littérature 12 cas de sarcomes primitifs. Nous trouvons dans le *Traité de Gynécologie* de Veit et dans la thèse de Braun, 1896, également quelques nouveaux cas rapportés.

Signalons les travaux de Pick, les observations de Gatti, de W. Rubeska, Seyfert, pour arriver aux travaux français. En 1898, Alglave et Milian rapportent un cas très particulier de sarcome télangiectasique du vagin. Dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1900, Morestin publie une longue observation d'un sarcome du vagin, dont nous verrons tout l'intérêt. Rollin dans sa thèse et dans plusieurs mémoires sur les tumeurs primitives du vagin donne une monographie très complète de ces sarcomes. La question a été reprise plus tard, en 1913, par Virenque qui, sans publier d'observation nouvelle de sarcome, en schématise cependant les caractères principaux. Signalons à la même date la thèse de Coulon avec une observation inédite. Plus près de

nous, en 1922, Tourneux publie un cas de sarcome chez une jeune femme, et dont les caractères cliniques sont à rapprocher de l'observation que nous publions.

GÉNÉRALITÉS

L'*âge* où surviennent les sarcomes du vagin chez l'adulte semble extrêmement variable. La malade dont nous publions plus loin l'observation était âgée de 44 ans, en ce sens elle se rangeait dans la moyenne des cas. Pour la majorité des auteurs, le maximum de fréquence est autour de 40 ans. Good, dans une statistique signale 9 cas au-dessus de 40 ans, 2 de 20 à 30, 5 de 30 à 40 ans. Dans les observations de Veit, les malades avaient respectivement 52 ans, 58 ans, 76 ans, 82 ans. Plus près de nous Morestin rapporte 1 cas de 57 ans. Alglave et Milian de 51 ans. La malade de Rollin avait 35 ans, celle de Coulon 60 ans. Nous avons noté dans une observation de Tourneux un cas de 26 ans. Pour être complet disons encore la possibilité de sarcomes chez les jeunes filles, réalisant des types de transition entre les tumeurs de l'enfant et celles de l'adulte (observation de Veit).

Dans les divers travaux que nous avons lus, l'*hérédité* ne semble pas avoir d'influence démontrée. Chez la plupart, aucun antécédent héréditaire d'ordre néoplasique n'était à noter.

Plus intéressant serait le passé génital. Ces tumeurs

s'observeraient plus fréquemment chez des femmes mariées ayant eu des grossesses. Notre malade était mariée mais n'avait pas eu d'enfant. Sur 13 cas, Good trouve 11 femmes mariées dont 10 ayant eu des enfants. Dans le cas de Morestin il s'agit, d'une vieille fille de 59 ans. Rollin cite 2 cas où le sarcome a évolué chez des femmes enceintes, sans que l'auteur dise ce qui en est résulté, tant au point de vue de l'évolution que de la terminaison de la grossesse.

Quant à la *fréquence* des sarcomes du vagin par rapport aux autres néoplasmes génitaux chez l'adulte, elle n'atteint pas 1 pour 100 de ceux-ci. D'autre part nous n'avons pu relever depuis 1913 que 23 cas de tumeurs malignes du vagin se répartissant ainsi :

Dix-neuf tumeurs épithéliales et 5 sarcomes dont 3 chez l'enfant et 2 chez l'adulte.

OBSERVATION

(Communiquée par M. le professeur agrégé H. Basset (inédite)

Mme L.., 44 ans, vient me consulter en janvier 1925, parce qu'elle avait constaté elle-même depuis quelques mois la présence d'une saillie anormale dans le vagin. Elle éprouve d'autre part une certaine gêne douloureuse au cours du coït et parfois un peu de pesanteur au niveau de l'anus. C'est de plus une constipée chronique, entéritique ancienne, qui a fait plusieurs séjours à Plombières. Aucun antécédent génital ; règles normales.

Au toucher et à l'examen au spéculum, utérus sain et rien du côté des annexes. On sent au doigt et on voit à mi-hauteur de la paroi recto-vaginale et dans l'épaisseur de celle-ci, une masse dure mais pâteuse, bien limitée sur son pourtour, irrégulièrement bosselée. Elle fait une saillie aplatie daus le vagin comme dans le rectum. Transversalement elle occupe à peu près toute la largeur de la cloison recto-vaginale. En hauteur, la tuméfaction n'atteint ni le fond du cul-de-sac postérieur en haut, ni le bord de la vulve en bas. Aussi bien du côté rectal que du côté vaginal la muqueuse qui recouvre la tumeur paraît saine et mobile.

Intervention le 27 janvier 1925. Après introduction dans le vagin d'une valve qui soulève et refoule la paroi antérieure, je fais une dilatation anale. Alors, avec deux doigts de la main gauche introduite dans le rectum, j'accroche le pôle supérieur de la tumeur que je refoule en avant en la soulevant en même temps que je la tire en bas. Par le vagin incision longitudinale

sur la paroi postérieure. Après avoir traversé le plan sous-muqueux puis la couche des fibres musculaires longitudinales de la cloison, j'arrive sur la masse qui est bien encapsulée dans une sorte de coque ; cette masse est formée de végétations grisâtres, mollasses, s'effritant facilement sous la pince et difficiles à saisir. J'en pratique l'ablation au bistouri d'abord, puis aux ciseaux courbes en rasant d'aussi près que possible la face profonde de la muqueuse rectale. Bien qu'à la vue l'ablation paraisse complète, je gratte en terminant toute la loge de la tumeur à la curette.

Suture en bourse d'une petite perforation de la muqueuse rectale; par-dessus je fais un surjet longitudinal sur les fibres musculaires écartées. Suture de la muqueuse vaginale au catgut en plaçant un très petit drain dans la cavité laissée vide par l'extirpation de la tumeur. Tamponnement du vagin en terminant.

Guérison simple sans aucun incident.

. . . . . .

Un premier *examen histologique* de la tumeur a été fait par le Dr Raymond Letulle.

On trouve logées quelquefois dans un tissu fibroïde qu'elles envahissent et détruisent des plages des cellulles peu volumineuses à noyaux arrondis, légèrement bosselés, avides de couleur, rarement monstrueux, mais présentant quelques divisions karyokinétiques ; le protoplasma de ces cellules qui sont supportées par une fine trame conjonctive est peu abondant. Ces plages cellulaires sont parcourues surtout par des vaisseaux capillaires dont les parois pour un certain nombre d'entre eux sont très irritées. Quelques-uns de ces capillaires possèdent dans leur cavité de très nombreux leucocytes polynucléaires, d'ailleurs on peut noter un certain degré d'irritation dans les

tissus périphériques à ces amas tumoraux sur aucun point on ne trouve de ganglions reconnaissables. *Conclusion* : sarcome à cellules rondes ou sarcome lymphoblastique.

La malade est revue le 2 mars 1925, elle va bien, la cicatrice vaginale est en très bon état, M. Basset adresse Mme L... au Dr Degrais en vue d'un traitement curiethérapique prophylactique à une récidive possible.

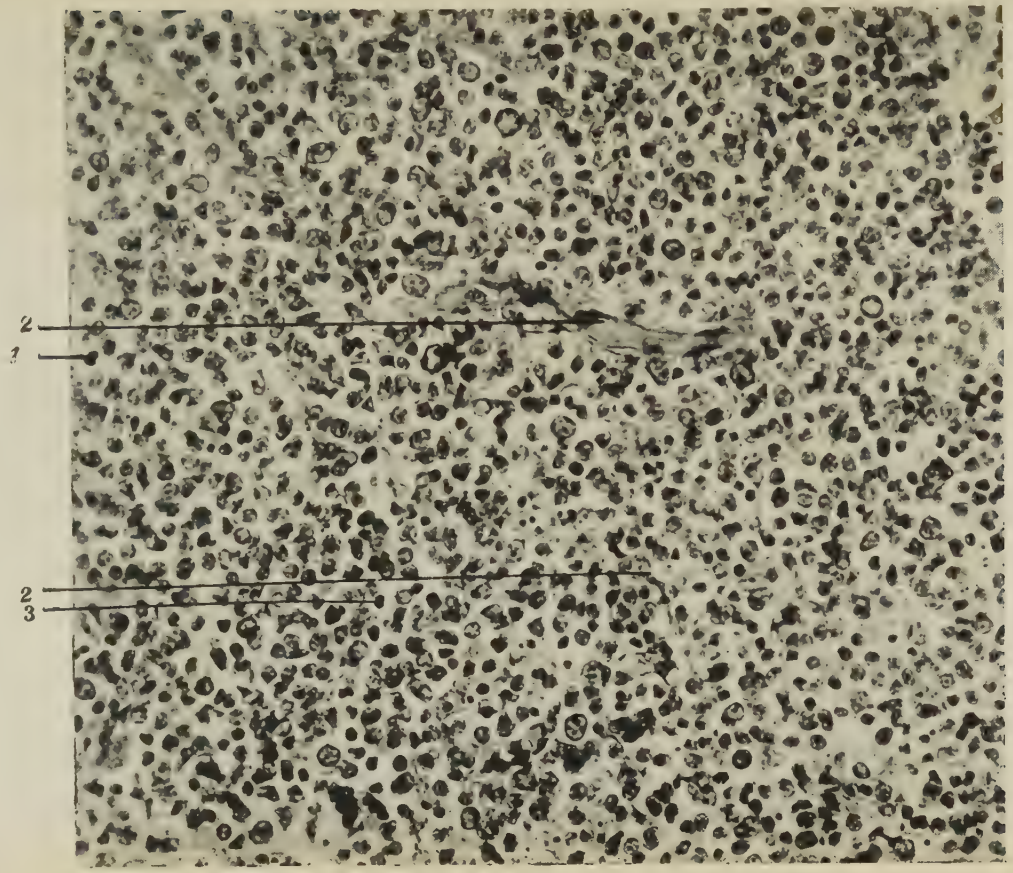
On lui fait deux applications de radium à huit jours d'intervalle, une vaginale, une rectale.

A leur sujet, le Dr Degrais nous a donné les indications suivantes : *application vaginale* de deux tubes en plomb de 2 millimètres d'épaisseur contenant respectivement 29 et 31 milligrammes de radium, répartis dans de petits tubes de platine ayant 5/10 de millimètre d'épaisseur à raison de trois tubes de platine par tube de plomb. Le filtrage secondaire est réalisé par une sonde noire en caoutchouc amétal de deux millimètres, chaque sonde est fermée par des bouchons de 3 millimètres. Ces deux appareils sont placés accolés en canon de fusil dans le vagin.

La durée de l'application est de vingt-quatre heures. Ce qui correspond à 10 millicuries 80. Deuxième application huit jours après dans le rectum. Un tube de plomb de 2 millimètres contenant trois tubes de platine faisant au total 26 milligrammes de radium. Même filtrage secondaire. Durée de l'application : vingt-quatre heures, correspondant au total de 4 millicuries 68.

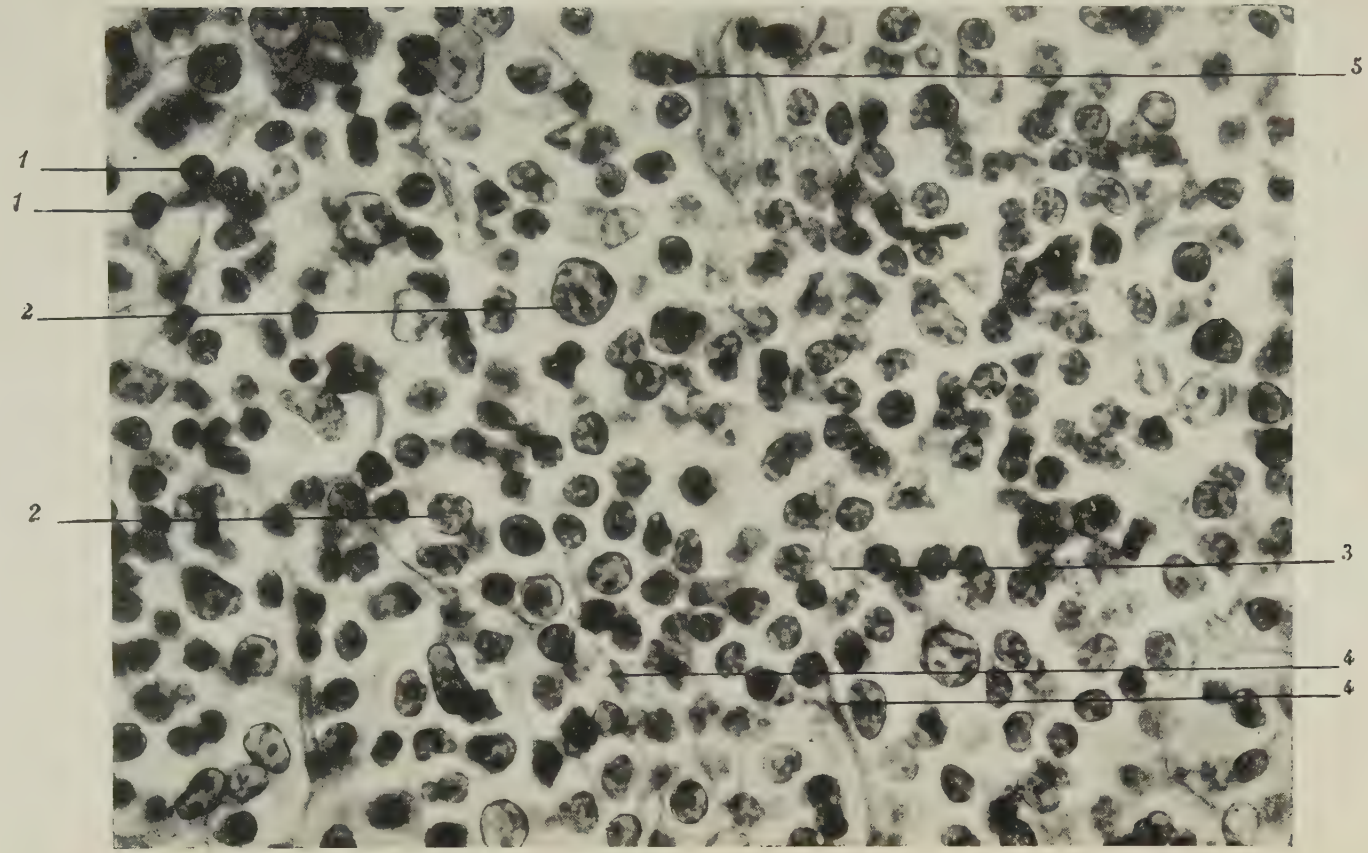
La malade est revue le 14 septembre 1925, l'état local est excellent, mais depuis les applications de radium les règles ont disparu.

Elle est revue le 30 avril 1926. Aménorrhée toujours com-



Grossissement : 400 diamètres

FIG. I



Grossissement : 1.000 diamètres

FIG. II

plète. A l'examen au spéculum et au toucher, cicatrice vaginale souple et en excellent état. Pas trace de récidive.

Nous avons fait faire récemment un nouvel examen de la tumeur dans le laboratoire de M. le Pr Roussy, grâce à l'obligeance de notre ami M. André Héraux, interne des hôpitaux, préparateur de M. Roussy et qui a bien voulu rédiger pour nous l'examen détaillé suivant :

Plusieurs fragments de la tumeur ont été examinés histologiquement après colorations diverses à l'hématine-éosine au van Giesen, au bleu de tolluidine et au vert lumière. Nous avons constaté les aspects suivants dont les caractéristiques les plus typiques sont reproduites sur nos deux microphotographies.

A un faible grossissement (400 diamètres, fig. 1) l'ensemble de la coupe est constitué par une multitude de cellules plus ou moins arrondies, de volumes différents par rapport les unes aux autres. La disposition de ces cellules est tout à fait spéciale ; pressées, tassées les unes contre les autres, il est impossible de reconnaître sur cette coupe, un ordre ou un groupement quelconque. Néanmoins on a l'impression qu'il s'agit d'un tissu à structure homogène correspondant au tissu lymphoïde, tissu essentiellement constitué par des cellules rondes.

Par endroits et réduit à de fines fibrilles, on note la persistance d'un réticulum plus ou moins dissocié et encore nettement visible (fig. 1, n° 1). Cette coupe montre encore l'existence d'un vaisseau à structure capillaire, en relation intime avec les cellules (fig. 1, n° 3).

A un fort grossissement (1.000 diamètres, fig. 2) nous pouvons mieux saisir la morphologie cellulaire et constater que ces cellules se présentent sous deux variétés nettement distinctes : ce sont d'abord des lymphocytes normaux en petite quantité

(fig. 2, n° 1), on les reconnaît à leur aspect régulier, leur noyau rond, compact, très chromophile surtout pour les colorants basophiles et occupant presque toute l'étendue du cytoplasme qui est réduit à un mince liséré.

Les autres cellules (fig. 2, n° 2) beaucoup plus nombreuses sont nettement différentes des lymphocytes normaux. Volumineuses, très irrégulières, presque monstrueuses par endroits, elles ont un protoplasme plus abondant, à contours nets. Leur noyau est pâle, moins compact et laisse voir les grains de chromatine. C'est en somme l'aspect d'un lymphocyte initial : d'un lymphoblaste.

Telles sont les deux principales variétés de cellules que l'on rencontre dans cette coupe. Notons que leur disposition réciproque est indépendante de toute systématisation.

Lymphocytes et lymphoblastes sont pêle-mêle dans toute l'étendue de la coupe.

Entre ces éléments règne un réticulum très fin, absent en de nombreux endroits (fig. 2, n° 3). Il a l'aspect d'une trame collagène tantôt très délicate, tantôt plus nettement visible, et lobulant alors plus ou moins la préparation. Le long de cette trame on distingue çà et là (fig. 2, n° 4) un corps cellulaire pâle, triangulaire ou rameux dont les extrémités se confondent avec le réticulum ; ces corps cellulaires ne sont autres que les cellules non encore isolées du réticulum endothélial.

Enfin certaines cellules rondes présentent soit des figures de mytose typique (fig. 1, n° 2, (fig. 2, n° 5), soit des noyaux monstrueux bourgeonnants, indiquant ainsi qu'il s'agit d'un processus de prolifération aux dépens de la série lymphoïde qui présente un gros intérêt pour le diagnostic de la tumeur.

Si en effet nous envisageons le diagnostic histologique de cette

coupe, une première question se pose, celle de rechercher l'origine épithéliale ou conjonctive d'un tel tissu ; or la morphologie cellulaire : cellules rondes du type lymphocytaire, cellules plus claires du type lymphoblastique, *cellules nettement séparées* les unes des autres, totalement indépendantes entre elles mais intimement liées à un réticulum fibrillaire. Toute cette morphologie permet de penser que nous sommes en présence d'un tissu lymphoïde et d'éliminer ainsi l'hypothèse d'un néoplasme épithélial très atypique. Hypothèse qui est encore infirmée par les faits cliniques que nous avons signalés plus haut et qui montrent l'absence totale chez notre malade d'une tumeur épithéliale localisée soit au niveau des ovaires, soit au niveau d'un autre organe.

La disposition de ce tissu lymphoïde, l'absence de follicule, de tissus de cordon folliculaire, le mélange intime et sans ordre des lymphocytes et des lymphoblastes, en un mot l'anarchie architecturale d'un tel tissu nous impose le diagnostic de tumeur, et de tumeur du type lymphopoïétique.

La persistance du réticulum fibrillo endothélial encore nettement visible par endroits pourrait nous faire classer cette tumeur dans le groupe anciennement dénommé lymphadénome.

Mais la présence de quelques figures de karyocinèse, de quelques noyaux bourgeonnants sur les coupes doit nous faire prendre de grandes réserves, malgré l'existence d'une capsule comme nous l'avons montré dans la description de cette tumeur. Nous pensons qu'il s'agit d'un *sarcome* développé aux dépens de la série lymphoïde et dénommée par les uns lymphocytome atypique (Ribbert-Menebiez) par les autres (Roussy Leroux) *sarcome leucoblastique*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans l'observation que nous venous de rapporter il s'agit, au point de vue anatomo-pathologique d'une masse dont la consistance bien que résistante au doigt n'a pas cependant cette dureté si fréquente dans d'autres néoplasmes.

La tumeur irrégulièrement bosselée est bien limitée sur son pourtour. Ce caractère s'affirme à l'intervention. M. Basset trouve en effet une masse encapsulée dans une sorte de coque.

A la dissection elle apparaît formée de végétations grisâtres mollasses, s'effritant facilement sous la pince et difficiles à saisir.

La tumeur, siège à mi-hauteur de la paroi recto-vaginale, dans l'épaisseur de celle-ci. Elle fait une saillie aplatie dans le vagin comme dans le rectum. Transversalement, elle occupe à peu près toute la largeur de la cloison recto-vaginale. En hauteur, la tuméfaction n'atteint ni le fond du cul-de-sac postérieur du vagin en haut, ni le bord de la vulve en bas. Aussi bien du côté rectal que du côté vaginal, la muqueuse qui recouvre la tumeur paraît souple et mobile. L'examen de l'utérus et des annexes ne révèle rien de spécial.

Au total, le caractère circonscrit et encapsulé, l'absence d'ulcération de la muqueuse vaginale, nous apparaissent comme les deux particularités essentielles de cette tumeur.

Nous rapprocherons de notre cas au point de vue macroscopique tout au moins la tumeur observée par Rollin chez une malade dont il rapporte l'histoire. Celle-ci présentait depuis cinq mois sur la paroi antérieure du vagin une tumeur sarcomateuse du volume d'une grosse noix, qui soulevait sans l'altérer la muqueuse vaginale. Cette tumeur présentait de légères saillies nodulaires qui la rendaient irrégulière. Sans présenter la dureté du fibrome, elle était assez ferme. A la dissection, son tissu était friable, se déchirant facilement. Remarquons que cette tumeur siégeait sur la paroi antérieure du vagin contrairement au siège observé chez notre malade et aussi comme nous le verrons, dans la plupart des cas. De plus il s'agissait là également d'une forme circonscrite.

Ce caractère *circonscrit* des sarcomes du vagin est de règle chez l'adulte au moins au début de l'affection. Par contre, dans les diverses observations publiées depuis une vingtaine d'années, presque toutes les malades présentaient des *altérations de la muqueuse* vaginale. Ce fait semble dû soit au stade déjà plus tardif où les malades venaient consulter, soit peut-être aussi à un accroissement plus rapide de la tumeur.

Dans l'observation de Morestin lorsque la malade

est vue pour la première fois, la tumeur formait une masse arrondie soulevant l'hymen et faisant saillie dans l'orifice agrandi de cette membrane. La tumeur du volume d'une noix présentait un aspect noirâtre, une surface *exulcérée* recouverte de petits détritus sphacéliques. Au premier abord on aurait pu croire qu'il s'agissait d'un polype mortifié. Presque exactement sphérique, la masse était implantée sur la face postérieure du vagin par un pédicule assez large, inséré à peu près à mi-hauteur de la cloison recto-vaginale. De consistance très ferme, la tumeur ne présentait pas une coloration homogène. La teinte noirâtre était circonscrite à la partie qui se montrait à l'extérieur ; le reste était d'un rouge foncé tirant sur le violet. La muqueuse vaginale intimement *adhérente* à la partie saillante du néoplasme ne se déplaçait sur lui qu'au voisinage du point d'implantation. La tumeur ne faisait aucune saillie dans le rectum ainsi qu'on pouvait s'en assurer par le toucher rectal. La muqueuse rectale se laissait facilement déplacer dans la région correspondant au néoplasme.

A l'intervention la tumeur paraît bien limitée sans que toutefois il soit mentionné l'existence d'une sorte de capsule comme dans notre observation.

La malade dont Tourneux publie le cas a été examinée trois mois après qu'elle se fut aperçue de l'existence d'une tumeur dans le vagin. Déjà à ce moment la muqueuse est *exulcérée* et la malade présente quelques pertes sanguines à tel point que

le diagnostic d'épithélioma fut porté. Il s'agissait chez cette malade d'une petite tumeur légèrement saillante siégeant à 4 centimètres de l'orifice vulvaire, mesurant 1 cm. 1/2 et demi de long sur centimètre de large, ulcérée superficiellement et saignant au moindre contact. La tumeur est assez ferme, presque dure, indolore, très mobile; elle ne paraît pas avoir contracté des relations intimes avec les plans sus et sous-jacents ; il n'y a pas d'induration au pourtour de la tumeur, le reste du vagin est souple.

Chez ces deux dernières malades, là encore nous avions affaire à une tumeur *circonscrite* mais avec ce caractère particulier que nous retrouverons d'ailleurs fréquemment dans la suite, à savoir une altération précoce de la muqueuse vaginale.

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que des tumeurs *uniques*. Dans tous les cas précédents il n'existait qu'un seul noyau sarcomateux au niveau du vagin. C'est la règle, et les travaux déjà anciens de Veit l'avaient noté.

Alglave et Milian ont rapporté un cas très spécial au point de vue histologique, dans lequel il s'agissait de tumeurs multiples. Deux grosses masses faisaient hernie entre les deux lèvres vulvaires fortement œdématiées. A première vue la saillie de ces masses était comparable à une rectocèle ou à une cystocèle. L'une avait le volume d'une mandarine et siégeait au niveau de la fourchette du vagin ; elle remontait le long de la paroi postérieure de cet

organe sur une hauteur de 6 ou 7 centimètres. La muqueuse à son niveau présentait une coloration encore rosée en quelques endroits ; en d'autres elle était violacée et même gris noirâtre par places. L'ensemble de la masse paraissait soulevé par de petits nodules secondaires, reposant sur la tumeur principale. Ces noyaux étaient comme autant de bourgeons qui repoussaient la muqueuse. Cette dernière très friable saignait au plus léger contact.

L'autre tumeur plus petite, noirâtre, recouverte par une muqueuse d'aspect sphacélique était fixée au tubercule antérieur et au pilier antérieur du vagin. Il existait encore une troisième masse, celle-ci intra-vaginale était implantée sur la paroi latérale gauche et présentait la grosseur d'une noix.

La forme circonscrite des sarcomes du vagin, la seule dont nous ayons parlé jusqu'alors, est la plus habituellement rencontrée en clinique.

Dans une autre variété beaucoup plus rare, le sarcome du vagin n'affecte plus l'aspect d'une tumeur, mais revêt le type anatomo-clinique d'une *infiltration diffuse* plus ou moins étendue de la paroi vaginale, infiltration rétrécissant de façon variable la lumière du conduit. L'observation que Coulon rapporte dans sa thèse, bien qu'elle soit assez incomplète nous semble devoir être classée dans cette catégorie. La malade dont il s'agit à un premier examen ne présente qu'une perte de la souplesse des parois vaginales sans qu'on puisse noter l'existence d'une tumeur ; la muqueuse est légèrement

exulcérée à sa partie inférieure. Ce n'est qu'un mois plus tard qu'une tuméfaction est constatée, ou trouve une tumeur déjà assez volumineuse faisant saillie au niveau de la paroi vaginale antérieure, elle a son maximun d'épaisseur en face de la cloison recto-vaginale, *sans limites nettes*, elle se continue sur les côtés, tendant à devenir circonférencielle.

Si maintenant nous jetons un regard sur l'ensemble des caractères macroscopiques que peuvent prendre les sarcomes du vagin, nous voyons que ceux-ci se répartissent en deux classes :

Une forme circonscrite.

Une forme d'infiltration diffuse.

La *forme circonscrite* constitue un noyau plus ou moins régulier, parfois sessile, voire prédiculé parfois faisant une simple saillie dans le vagin. Presque toujours unique, son volume varie de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf et plus. Sa consistance est ferme, rarement dure, parfois mollasse. La muqueuse vaginale au début est intacte et se laisse simplement refouler par la tumeur ; il serait assez fréquent de rencontrer une capsule conjonctive isolant le sarcome pendant une période plus ou moins longue. Néanmoins, assez tôt en général, la muqueuse s'ulcère et saigne.

Dans d'autres cas qui sont beaucoup plus rares, le sarcome revêt le type anatomique d'une *infiltration diffuse*. Les parois vaginales apparaissent cartonnées avec très souvent exulcération de la muqueuse ;

il est rare que toute la paroi vaginale soit atteinte.

Les sarcomes du vagin, quelle que soit la forme qu'ils revêtent *siègent* indifféremment sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure, toutefois le siège au niveau de la paroi recto-vaginale semble plus fréquent.

On a rapproché les sarcomes du vagin des sarcomes de la peau, ils se présentent eux aussi sous la forme de tumeurs nodulaires soulevant plus ou moins l'épiderme pouvant même dans certains cas être sessiles ou même pédiculés. Cette analogie s'explique sans doute par la même origine embryologique du vagin et de la peau.

Opposé en cela au cancer, le sarcome s'étend rarement aux organes voisins, il les refoule en quelque sorte sans les envahir. Par contre, dans ces sarcomes de l'adulte, des métastases surviennent fréquemment, soit au niveau de la paroi abdominale, soit au niveau d'une autre partie des téguments, soit encore dans un viscère en particulier le poumon. Il est intéressant à ce point de vue de noter que chez l'enfant, le sarcome du vagin malgré un accroissement local énorme, ne donne que très rarement des métastases.

Examen histologique.

L'examen, après diverses colorations de la tumeur enlevée par M. Basset a permis nous l'avons vu de conclure à un sarcome leucoblastique, sar-

comes à cellules rondes pour d'autres auteurs ou encore sarcome globocellulaire. La coupe en effet montre un tissu composé de cellules rondes soit de type lymphocytaire, soit de cellules plus claires du type lymphoblastique, nettement séparées les unes des autres mais liées par un réticulum fibrillaire ; il n'y a pas de follicules ni de sinus lymphatiques, pas de cordon folliculaire non plus, mais une véritable anarchie architecturale. La persistance d'un réticulum fibro-endothélial, encore nettement visible par endroits pouvait faire penser à certains égards à un lymphadénome, mais la présence à d'autres endroits de noyaux bourgeonnants monstrueux, de figures de karyocinèse atypiques permettent de reconnaître l'existence d'un sarcome leucoblastique. C'est là une forme histologique qu'il est rare de rencontrer dans les sarcomes du vagin. Les sarcomes que nous avons pu réunir dans les vingt-cinq dernières années relevaient presque tous du type histologique *fuso-cellulaire* et nous n'avons pas rencontré d'examen de tumeur qui fut exactement comparable au nôtre. C'est ainsi que dans l'examen fait par le professeur Cornil de la tumeur enlevée chez la malade dont Rollin publie l'observation, il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes, toutefois le tissu fibreux y était particulièrement abondant ; et c'est au milieu de fibrilles conjonctives nombreuses que l'on trouve des cellules sarcomateuses allongées, claires, à protoplasma filamenteux, possédant de gros noyaux très longs, très chromophiles.

La malade de Tourneux, dont nous avons déjà parlé, présentait elle aussi une forme fuso-cellulaire. Mais si toutefois le type fuso-cellulaire est le plus fréquent, il n'en n'est pas toujours ainsi, et nous devons noter toute une série de particularités histologiques qui ont été rencontrées dans les sarcomes vaginaux de l'adulte. Sans revenir sur l'observation de M. Basset, nous rappellerons deux cas de grand intérêt, celui de Morestin et celui d'Alglave et Millian. L'examen du sarcome enlevé par Morestin montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes (il en était de même dans notre cas). La plupart de ces cellules plus grandes que la normale, possédaient plusieurs noyaux, et çà et là, de petits foyers hémorragiques avec des globules sanguins encore reconnaissables occupaient la préparation.

Un certain nombre de cellules étaient chargées de pigments vraisemblablement d'origine sanguine. De ce cas certains auteurs ont créé un type particulier de sarcome pigmenté qui serait à différencier des mélano-sarcomes, le professeur Cornil à ce propos rappelle que ces pigmentations du tissu néoplasique sont assez fréquentes dans les sarcomes développés aux dépens de l'appareil génital de la femme.

Bien que nous n'ayons pas rencontré dans nos recherches d'observation de *mélano-sarcome*, nous mentionnerons trois observations anciennes où l'on aurait été en présence de mélano-sarcomes authentiques, ce sont celles de Horn, de Münz, de Parona. Chez ce dernier il s'agissait d'un sarcome mélanique

de la cloison vésico-vaginale et en 1902 l'observation de Graefe.

Alglave et Millian ont montré un cas de *sarcome télangiectasique*. « A la coupe la tumeur présente « des cavités remplies de sang possédant une bor- « dure endothéliale, les vaisseaux sont d'autant plus « béants qu'on les considère en un point plus proche « de la surface de la tumeur. Dans les vaisseaux, « on remarque un nombre considérable de leuco- « cytes polynucléaires et de lymphocytes. Certains « caillots sont envahis par des cellules sarcoma- « teuses. »

« Le tissu conjonctif peu vasculaire est envahi « par de grandes cellules fusiformes caractéristiques « du sarcome et effilées à leurs deux extrémités. « Les nombreux vaisseaux néoformés présentaient « même en quelques points une multiplication de « leur endothélium. Au total : type de sarcome à « élément vasculaire dominant. »

Rapprochons de ce cas d'Alglave, le cas de Polaillon où il est question d'un sarcome télangiectasique du vagin. Ceux de Franck de Young et les deux cas plus anciens de Viet.

Chez des jeunes filles de 15 à 17 ans on a rencontré un type très spécial, très rare d'ailleurs. Seyfert en a rapporté un cas : il s'agissait *d'un rhabdomyome* myxomateux dans le type de sarcome ; certains auteurs ont voulu voir une forme de transition entre les sarcomes de l'enfant et ceux de l'adulte. Nous ne souscrivons pas personnellement à l'opi-

nion émise par Rollin qu'il s'agirait ici de sarcomes latents depuis l'enfance et « n'ayant pris leur déve-« loppement et leur activité qu'à l'âge de la puberté, « au moment où les modifications physiologiques « dans la sphère génitale, peuvent devenir les rai-« sons de l'évolution rapide d'une néoplasie restée « jusque-là latente ».

De l'ensemble de ces résultats histologiques, nous dégageons un certain nombre de faits.

Les sarcomes du vagin chez l'adulte sont dans leur majorité du type *fuso-cellulaire.*

A côté de ces cas, il existe des formes très variables qu'il importe de retenir.

Des sarcomes *leucoblastiques* ou à *cellules rondes*, dits encore sarcomes *globocellulaires* ainsi qu'il en était dans l'observation que nous rapportons.

Des sarcomes à cellules rondes mais auxquelles un élément *pigmenté* se surajoute (sarcome pigmenté de Morestin).

Des sarcomes *télangiectasiques* dans lesquels l'élément cellulaire est le plus souvent fusiforme.

Des *rhabdomyomes-myxomateux* type de transition exceptionnel.

Enfin dans quelques cas des *mélano-sarcomes.*

Cet examen histologique dans tous les cas est d'un intérêt considérable, non seulement il vient confirmer le diagnostic clinique, mais il vient préciser la forme histologique à laquelle on a affaire ; ce qui permet, dans une certaine mesure, d'apprécier la malignité de la tumeur et sa sensibilité aux radia-

tions. C'est ainsi que dans notre cas, le peu d'abondance des karyocinèses permettait de penser à une forme relativement favorable, ainsi que l'examen clinique l'avait fait pressentir. L'intervention cherchant un minimum de délabrement qui fut pratiquée par notre maître M. Basset trouvait par cet examen une justification nouvelle.

CLINIQUE

En clinique il est rare que les malades soient vues au début de l'affection. Lorsqu'elles viennent consulter, la tumeur a déjà pris un certain volume, souvent même la muqueuse est en partie ulcérée.

Ce fait s'explique fort bien, par la pauvreté des signes cliniques qui marquent le début des sarcomes du vagin chez l'adulte.

Dans le cas communiqué par *M. Basset* la malade eut la chance d'être examinée à un stade relativement précoce. Les signes fonctionnels étaient réduits au minimum, bien qu'elle ait constaté depuis quelques mois la présence d'une saillie anormale dans le vagin. Les seuls symptômes éprouvés se bornaient à une gêne douloureuse au cours du coït et parfois un peu de pesanteur au niveau de l'anus.

La malade était de plus constipée, mais cette constipation ne semblait avoir aucun rapport avec la tumeur. Cette constipation remontait à de longues années elle avait même nécessité plusieurs séjours à Plombières. Il n'y avait pas de troubles vésicaux, pas de pertes rouges ou muco-séreuses, pas de douleur ; la malade était réglée normalement. En somme minimum de signes, uniquement des symp-

tômes *d'ordre mécanique.* Une symptomatologie aussi réduite est toutefois assez rare : dans le cas qui nous occupe cela se conçoit facilement par les caractères anatomo-pathologiques du sarcome. On se souvient qu'il s'agissait d'une tumeur encapsulée ayant repoussé la muqueuse sans l'ulcérer ; d'une tumeur à développement assez lent ainsi que le montrent d'une part l'étude clinique (le début remontait à plusieurs mois sans que la tumeur ait pris un très gros volume) ; d'autre part l'examen histologique qui faisait voir des karyocinèses en petit nombre.

La *malade de Rollin* présentait également des troubles fonctionnels très légers lors du premier examen. Depuis cinq mois elle avait remarqué sur la paroi antérieure du vagin une tumeur du volume d'une grosse noix, ne provoquant ni douleurs, ni écoulements, ni troubles de la miction.

Dans la plupart des observations que nous avons retrouvées, la symptomatologie du début était plus riche. Habituellement, les deux symptômes les plus précoces sont les *hémorragies* ou la *saillie* de la tumeur à l'orifice vulvaire.

L'hémorragie est un symptôme d'une importance considérable. Elle seule souvent attire l'attention. C'est pour de petites hémorragies vaginales survenues à différentes reprises depuis deux mois que la malade dont Morestin rapporte l'histoire vient consulter.

De même la malade de Coulon consulte pour un

petit écoulement sanguin qui revient assez régulièrement chaque mois alors qu'elle avait dépassé l'âge de la ménopause.

Dans l'observation de Tourneux c'est deux mois environ après que la malade se fut aperçue de l'existence d'une petite tumeur dans le vagin qui augmentait peu à peu, qu'apparaissent des petites pertes sanguines.

Dans l'observation d'Alglave et Millian, un mois après l'apparition de la tumeur, survient un suintement sanguin de plus en plus abondant, celui-ci entraîne une anémie profonde et nécessite un tamponnement vaginal d'urgence.

D'après ces divers cas, nous voyons que les *hémorragies* sont un symptôme relativement précoce dans les sarcomes du vagin chez l'adulte. Hormis le cas de Rollin et le nôtre tous les autres présentent des hémorragies. Il faut insister sur ces hémorragies traduisant l'*ulcération* de la muqueuse vaginale. Les hémorragies dans les autres sarcomes sont rares. Il est classique d'opposer l'ulcération tardive des sarcomes à l'ulcération précoce des épithéliomas. Or il semble bien que dans les sarcomes du vagin, cette ulcération sans être aussi précoce que dans les épithéliomas soit cependant rapide. Ce point particulier s'explique selon nous par le fait que le sarcome est pour ainsi dire d'emblée sous-muqueux alors que dans les autres sarcomes la tumeur est en général séparée des plans superficiels tout au moins au début,

por une épaisseur assez grande de tissu sain qu'elle devra refouler et distendre.

Du point de vue clinique les hémorragies présentent des caractères très variables ; tantôt elles revêtent l'aspect d'un suintement subcontinu, tantôt ce sont des hémorragies profuses qui peuvent mettre la vie de la malade en danger (cas de Alglave et Millian, de Polaillon, de Langton, de Steinhal, de Simon).

Les autres signes fonctionnels sont plus tardifs, il est rare que l'on note au début des *écoulements* ichoreux, des écoulements sanguinolents et fétides ou encore des pertes séro-gommeuses qui empèsent le linge.

De même à cette période les *douleurs* sont tout à fait exceptionnelles ; les troubles vésicaux ont rarement été notés et seulement dans le cas de tumeur à siège antérieur.

A cette période on voit donc toute l'importance de l'*examen local*. C'est d'ailleurs souvent à propos d'une petite tumeur qui fera saillie à la vulve ou que la malade aura remarqué incidemment qu'elle vient consulter.

Nous ne décrirons pas à nouveau les divers aspects de ces tumeurs que l'examen permet de reconnaître. Dans notre étude anatomo-pathologique, nous avons longuement insisté sur ceux-ci. Notons toutefois quelques points particuliers.

L'examen de la région vulvaire est presque toujours négatif. Il est rare en écartant les deux lèvres de la vulve d'apercevoir la tumeur. Celle-ci cepen-

dant quelquefois peut faire une légère saillie à l'orifice vulvaire et être aperçue directement. Parfois en faisant pousser la malade, une tumeur jusqu'alors non visible peut apparaître à la vulve, il faudra dans ce cas se garder de la prendre pour une rectocèle ou une cystocèle.

Souvent la tumeur n'est vue qu'en déplissant la muqueuse vaginale au moyen d'une valve. Cette introduction d'une valve est d'ailleurs toujours utile pour apprécier exactement les différents caractères du néoplasme : son siège, en avant ou en arrière, la saillie qu'il fait, s'il est ou non pédiculé, s'il est multiple. On verra également l'état de la muqueuse, la couleur, l'ulcération possible.

Le toucher vaginal apportera enfin des renseignements plus précis encore. L'introduction du doigt dans le vagin n'est pas toujours facile, il faut savoir qu'elle peut être l'occasion de douleurs assez vives. Le doigt reconnaît facilement le siège de la tumeur, en général postérieur, sa forme très variable tantôt aplatie et peu saillante comme chez la malade de M. Basset, tantôt sessile, pédiculée, pouvant être prise pour un polype dont le doigt fait le tour. Le doigt apprécie, également la consistance de la masse, habituellement dure et ferme, résistante, dans quelques cas mollasse, comme dans les sarcomes télangiectasiques. Un point important est à préciser, c'est l'état de la muqueuse, a-t-elle au doigt sa souplesse normale ? glisse-t-elle facilement à la surface de la tumeur, est-elle irrégulière, est-

elle exulcérée et saignante ? Dans ce cas le doigt ramène du sang.

Dans les tumeurs postérieures, le toucher rectal, combiné au toucher vaginal est indispensable. Il montre d'ailleurs l'intégrité fréquente de la paroi rectale.

Il peut-être utile dans certains cas de tumeurs antérieures d'introduire une sonde dans l'urètre et de palper la masse sur ce conducteur.

L'examen sera complété par la recherche de la propagation du sarcome aux organes voisins. A vrai dire, le sarcome repousse plus les tissus environnants qu'il ne les envahit, et habituellement au delà de la masse tumorale on trouvera un utérus et des annexes sains.

Il restera enfin à rechercher les métastases dans les autres organes et au niveau des téguments et en particulier au niveau des parois abdominales.

Evolution. — Abandonné à lui-même, le sarcome primitif s'accroît progressivement. La rapidité de cet accroissement est très variable selon les malades. Dans notre observation l'augmentation était lente, elle fut très rapide dans le cas rapporté par Coulon puisque la tumeur passée inaperçue à un premier examen, envahissait toute la paroi antérieure du vagin un mois après.

Chez l'adulte, ces tumeurs bien que pouvant atteindre un volume important ne présentent pas toutefois l'accroissement considérable que l'on a pu voir chez l'enfant. Le Pr Le Dentu rapporte l'histoire

d'une petite malade dont la tumeur occupant tout le bas ventre remontait jusqu'aux environs de l'ombilic.

Le développement de la tumeur entraîne bientôt une ulcération de la muqueuse. Celle-ci provoque des hémorragies. Hémorragies au début assez légères, mais qui se renouvellent, aboutissant comme chez la malade de Morestin à un suintement continu, soit encore à des hémorragies profuses comme chez la malade d'Alglave. Peu à peu l'état général est atteint. Les malades présentent une anémie extrême du fait des spoliations sanguines répétées. De plus des complications peuvent survenir ainsi que nous le verrons plus loin.

Un caractère essentiel déjà noté et valable dans tous les cas, c'est que la tumeur s'accroît sur place et refoule les organes voisins sans les envahir.

Lorsque l'ablation chirurgicale a pu être pratiquée, les récidives *in situ* sont extrêmement fréquentes, elles étaient pour ainsi dire de règle autrefois. Nous croyons devoir à ce propos résumer l'évolution lamentable du cas déjà ancien de Morestin. Elle est en effet typique : un mois après l'opération, première récidive locale. Une deuxième intervention plus large enlève la zone où s'est produit la récidive. Sept mois après apparaît une métastase au niveau de la crête iliaque, à ce moment pas de récidive visible au vagin. Quinze jours plus tard récidive vaginale à marche rapide ; apparition d'un second noyau métastatique dans l'aine gauche. Bientôt la

tumeur remplit tout le vagin, comprime le rectum sans l'ulcérer et fait saillie à la vulve. Indépendamment des douleurs, le martyre de la malade est accru par l'écoulement de sérosité d'une fétidité extrême. Pour la soulager on pratique une ablation palliative au ciseau et à la curette de la masse vaginale, mais bientôt apparaissent des noyaux secondaires aux aines et dans l'épaisseur de la paroi abdominale : la malade meurt un an et demi après la première opération.

A noter à l'autopsie l'intégrité de l'utérus.

Complications.

Au cours de cette évolution des complications peuvent survenir. Nous mentionnerons les divers types d'hémorragies. Dans certains cas elles peuvent constituer de véritables complications et nécessiter par leur abondance de même que chez la malade d'Alglave et Millian un tamponnement vaginal d'urgence.

Le sphacèle de la tumeur, la rétention de sérosités dans les culs-de-sac vaginaux entraînent une fétidité extrême qui incommode et la malade et son entourage. La tumeur, par son volume, peut comprimer les organes voisins : le rectum, entraînant de grosses difficultés de la défécation, la vessie avec rétention d'urine, parfois les uretères, compression dont la gravité est bien connue et peut conduire à la mort par urémie comme chez la malade de Coulon.

A côté de ces complications, communes à toutes les tumeurs de la région, nous avons relevé d'autres complications un peu particulières :

Il a été signalé des hémorragies intra-tumorales, c'est ainsi que chez la malade d'Alglave la tumeur prit tout à coup un volume inquiétant distendant la muqueuse qui la recouvrait et la fissurant, d'où hémorragie abondante nécessitant un tamponnement vaginal.

Rollin a signalé un gonflement œdémateux de la tumeur. Il s'agissait d'une augmentation soudaine de volume, s'accompagnant de douleurs et d'une élévation de la température. A l'examen on avait la sensation de fluctuation à tel point que Ricard pensa à un kyste enflammé du vagin.

Durée et pronostic.

La durée totale de l'évolution à partir des premiers symptômes observés est assez variable, elle s'échelonne entre six semaines et deux ans d'après Rollin.

Les malades meurent souvent à la suite d'hémorragies profuses, sans que l'intoxication cancéreuse et la cachexie soient encore très marquées.

Dans d'autres cas les malades succombent à la suite d'une complication, par urémie par exemple comme la malade de Goulon.

Dans les sarcomes à marche et à généralisation rapides, on a pu observer un état fébrile le rapprochant de celui du typhique : température à 40 degrés.

Une anémie progressive et intense, des douleurs, entraînant la mort en quelques semaines. Cette rapidité d'évolution n'est pas absolue. Dans les cas opérés l'évolution a pu être retardée quelquefois de façon considérable. C'est ainsi que Rubeska cite une survie de onze ans sans récidive.

Spigelberg n'a constaté de récidive que quatre ans après l'intervention. La malade opérée par Tourneux est revue un an après sans récidive. Dans notre cas il n'y a pas de récidive au bout d'un an et demi. Dans ces deux derniers cas nous devons attribuer ce résultat au fait que la malade a pu être opérée à un stade relativement précoce, que de plus, chez la malade de M. Basset il s'agissait d'une tumeur non encore ulcérée et bien limitée, peut-être également les applications de radium qui ont été faites après l'opération ont-elles contribué à ce résultat.

Peut-on parler de guérison ? Il serait prématuré d'apporter ici une conclusion ferme. Bien que n'ayant pas constaté de récidive, Tourneux demeure pessimiste pour sa malade. Il dit notamment : « assurément nous verrons survenir des récidives « *in situ*, nous nous y attendons, c'est la règle, bien « que nous soyons intervenu de bonne heure, et les « opérations même les plus compliquées et les plus « étendues ne mettent pas à l'abri des récidives lo- « cales ou des métastases ».

Dans la plupart des cas en effet il y a récidive *in situ* quelques mois après l'intervention. Si l'enva-

hissement des organes voisins est exceptionnel la généralisation métastatique est fréquente. Notons ce fait curieux que souvent il y a en quelque sorte balancement entre la récidive *in situ* et les métastases. Si l'on traite l'une, on voit par contre-coup, l'accroissement de l'autre recevoir une nouvelle impulsion. Ceci est surtout vrai lorsque les tumeurs sont traitées par des radiations.

Le pronostic du sarcome du vagin chez l'adulte reste donc très sombre. L'association de l'acte chirurgical du radium peut seul permettre d'espérer comme nous le verrons d'ailleurs une amélioration de ce pronostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des sarcomes du vagin chez l'adulte présente souvent de très grosses difficultés. Il n'existe en effet aucun signe caractéristique de sarcomes du vagin. Si nous reprenons l'observation de M. Basset nous constatons des signes fonctionnels minimes, seulement un peu de gêne mécanique. Chez d'autres ce seront des hémorragies, des pertes, qui ne renseigneront nullement sur la valeur de l'affection. Le diagnostic repose essentiellement sur l'examen local et le toucher. Habituellement on porte assez facilement le diagnostic de tumeur vaginale ; mais il est par contre très difficile de se prononcer sur la nature de cette tumeur. Est-ce une tumeur *bénigne* ? Est-ce une tumeur *maligne* ? S'agit-il d'un *épithélioma* ? s'agit-il d'un *sarcome* ? Un certain nombre d'éléments peuvent toutefois guider le chirurgien.

Chez notre malade le toucher permet de reconnaître facilement l'existence d'une tumeur qui siège sur la paroi recto-vaginale, sa fermeté, l'intégrité de la muqueuse. Cette intégrité de la muqueuse est un élément important qui permet presque à coup sûr d'éliminer l'hypothèse d'un épithélioma.

Le diagnostic se posait donc essentiellement

entre : une tumeur bénigne, un fibromyome en particulier, et une tumeur maligne : un sarcome.

En faveur d'un *fibromyome* on pouvait se baser sur la consistance. La tumeur n'était pas très dure mais ferme, elle paraissait d'autre part bien limitée et recouverte d'une muqueuse souple. Toutefois les fibromyomes siègent habituellement sur la paroi antérieure du vagin, alors que notre tumeur était postérieure. On devait encore penser à la possibilité d'un kyste du vagin.

Les *kystes du vagin* ont une consistance plus molle et présentent souvent une légère fluctuation.

Ils siègent ordinairement sur la face antérieure du vagin, soit au niveau du canal de l'urètre, soit au niveau du trigone vésical, mais on peut les rencontrer aussi sur la paroi postérieure du vagin, à quelques centimètres en arrière de la vulve. Dans le cas envisagé, le diagnostic du kyste du vagin était peu probable étant donné la consistance de la tumeur. Il n'en est pas toujours ainsi en raison des modifications œdémateuses ou kystiques qui peuvent subir les sarcomes du vagin.

Il pouvait s'agir d'une tumeur d'ordre *inflammatoire* ; non pas d'un abcès aigu, mais d'une masse inflammatoire à évolution lente et indolente qui s'entoure souvent d'une coque épaisse indurée comme Calavasty en a rapporté quelques cas.

C'est là un diagnostic extrêmement difficile que l'examen histologique après intervention pouvait seul résoudre.

On devait aussi songer à une gomme, encore non ulcérée du vagin ou à un *syphilome* vagino-rectal, aisément confondus avec une tumeur solide, mais cette manifestation de la syphilis est exceptionnelle.

La malade ne présentait pas d'autre lésion spécifique et rien chez elle ne permettait de penser à la syphilis.

Toutes les réserves devraient être faites en faveur d'un sarcome du vagin : l'âge de la malade, la dureté de la tumeur, son siège orientaient vers la nature sarcomateuse. Toutefois rien ne permettait de l'affirmer et seul l'examen de la pièce a permis confirmation de l'hypothèse.

Au total le diagnostic se posait surtout entre un fibrome du vagin et une tumeur maligne.

Dans les autres observations publiées, c'est également autour de ces deux affections que gravite le diagnostic. Rappelons la malade de Morestin qui présentait une tumeur sphéroïde du volume d'une noix, implantée à la face postérieure du vagin par un large pédicule, sans trace de propagation aux organes voisins. La muqueuse vaginale légèrement exulcérée, la muqueuse rectale intacte. « Je pensais « dit Morestin à un de ces fibromes pédiculés comme « on en voit implantés sur les parois du vagin, avec « quelques réserves toutefois au sujet d'une tumeur « maligne, et en particulier d'un sarcome. » Après ablation, l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Même lorsque le chirurgien pense à une tumeur maligne, la distinction entre un sarcome et un épithélioma est souvent difficile, d'autant plus qu'un sarcome peut ulcérer la muqueuse vaginale de façon précoce ; citons à ce propos le cas de Tourneux. Il s'agissait, on s'en souvient, d'une petite tumeur, siégeant au niveau de la cloison recto-vaginale, tumeur assez ferme, presque dure, mobile dans les plans sous-jacents, *ulcérée* superficiellement et saignant au moindre contact.

En présence de cette tumeur, M. Tourneux écrit : « Nous avons éliminé l'idée d'un fibrome ulcéré « parce que le siège de prédilection de ces tumeurs « est la paroi antérieure du vagin, et ensuite, parce « que les ulcérations sont très tardives et ne s'obser- « vent guère que dans les fibromes pédiculés ; la « seule hypothèse possible malgré le peu de déve- « loppement de la tumeur fut le néoplasme malin, « probablement de nature épithéliale, malgré l'âge « de la malade étant donné que les tumeurs conjonc- « tives, déjà extrêmement rares par elles-mêmes ne « s'ulcèrent que tardivement lorsque le sarcome a « atteint un volume assez considérable.

. . . . . .

« L'examen histologique nous causa quelque « surprise. Il ne s'agissait pas d'une tumeur épithé- « liale, mais d'un sarcome fuso-cellulaire. Notre « observation nous paraît surtout intéressante de ce « fait que, contrairement à ce que l'on voit généra- « lement dans les cas de sarcome du vagin, on a

« affaire à une tumeur peu développée ulcérée de « bonne heure alors que les auteurs disent que « l'épithélioma et le sarcome se différencient par « les caractères suivants : ulcération tardive à fond « bourgeonnant reposant sur une tumeur volumi- « neuse dans le sarcome contrairement à l'épithé- « lioma où l'ulcération est précoce. »

On voit par cette observation combien les caractères cliniques qui différencient les épithélioma et les sarcomes ont une valeur secondaire lorsqu'il s'agit de sarcomes du vagin. Ce fait tient en grande partie à l'ulcération relativement précoce de la muqueuse dans ces sarcomes, précocité sur laquelle nous avons déjà insisté.

Notons également la difficulté de distinguer l'ulcération du sarcome de celle d'un fibrome pédiculé en voie de sphacèle.

D'ailleurs il faut savoir qu'il existe des observations de fibromes du vagin au niveau desquels après l'ablation il fut constaté à l'examen histologique quelques points de dégénérescence sarcomateuse, sans qu'il y ait eu forcément ulcération de la paroi vaginale.

Lorsqu'on est en présence de la forme d'infiltration diffuse de sarcome du vagin, la confusion avec l'épithélioma est très fréquente. C'est le cas de la malade de Coulon, chez laquelle existait une infiltration presque circonférencielle du vagin avec hémorragies où le diagnostic d'épithélioma semblait

probable alors que l'examen histologique révéla l'existence d'un sarcome.

Nous venons de voir une série de difficultés de diagnostic que divers chirurgiens ont rencontrées au cours de leur examen ; nous croyons utile, en complément de notre étude de schématiser les points essentiels du diagnostic des sarcomes du vagin chez les adultes.

La tumeur du vagin est aisément reconnue par examen soigneux de la malade, avant tout par le toucher. Nous mentionnerons pour mémoire la distinction avec un *prolapsus utérin*. Celui-ci lorsqu'il est complet, lorsqu'il s'accompagne de modifications de la muqueuse qui peut être exulcérée, pourrait prêter à erreur, si l'on ne prenait soin de faire tousser ou pousser la malade.

On ne prendra pas pour une tumeur vaginale un *polype utérin* descendu dans le vagin ou encore une tumeur du rectum ou de la vessie faisant saillie dans la cavité vaginale.

On a signalé qu'un *corps étranger*, lorsqu'il s'entoure d'une réaction végétante de la muqueuse peut en imposer à première vue pour une tumeur fibreuse ou sarcomateuse.

La tumeur vaginale est reconnue. Les hypothèses à faire sont un peu différentes selon que la muqueuse est ou non ulcérée.

La muqueuse n'est pas ulcérée. — Le diagnostic se pose avec les *kystes du vagin*, ceux-ci se rencontrent chez des femmes habituellement plus

jeunes, le kyste est régulier, uniformément tendu, rénitent, élastique, indolore, il est souvent révélé par le fait de son accroissement rapide au cours d'une grossesse.

Plus difficiles à distinguer sont dans certains cas les *fibromyomes*. Ils seront reconnus à leur rénitence spéciale, leur mobilité sur les tissus voisins, leur siège presque toujours antérieur, enfin la lenteur de leur évolution sans trouble apparent.

Mentionnons en passant comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic exceptionnel avec une gomme syphilitique.

Schmit a rapporté un cas de *mycosis fongoïde* du vagin qui avait l'aspect d'une tumeur de la grosseur d'une noix, a surface irrégulière, lisse, de coloration violacée et dont la différenciation avec un sarcome était difficile.

Dans le cas de *sarcome télangiectasique* on ne prendra pas celui-ci pour un simple *thrombus* vaginal. Ce dernier est d'apparition brusque, il coïncide fréquemment avec des varices vulvaires.

Lorsqu'il s'agit de forme diffuse du sarcome, mentionnons le diagnostic avec le rétrécissement sénile ou encore certaines formes d'épithélioma au début.

La tumeur est ulcérée. — Le diagnostic ne se pose guère qu'avec un fibrome ulcéré ou avec un épithélioma. Le fibrome a pour lui sa limitation, sa consistance, son évolution très lente, son ulcération tardive. L'épithélioma infiltre la muqueuse, la

cartonne, présente des ulcérations très friables, saignant au moindre contact. Ulcération à' bords durs, mal limités alors que les ulcérations du sarcome, tout au moins *théoriquement* sont assez régulières, à bords amincis, décollés et à fond bourgeonnant. Mais nous l'avons déjà dit la différenciation peut être très difficile et c'est à l'examen histologique que l'épithélioma ou le sarcome sont reconnus.

TRAITEMENT

Dans les divers cas de sarcomes du vagin de l'adulte publiés au cours des trente dernières années, les traitements appliqués ont consisté dans l'ablation chirurgicale de la tumeur. Nombreuses furent les techniques proposées ou suivies. Si l'on remonte à une période déjà éloignée, autour de l'an 1900, on voit le chirurgien hanté par la crainte des métastases et des ensemencements post-opératoires s'efforçant d'obtenir une extirpation élargie voire au prix de délabrements considérables. Plus près de nous, l'opérateur instruit par les faits préfère une intervention plus restreinte et surtout moins shockante. On s'est aperçu en effet que les opérations à grand délabrement n'empêchaient guère plus que les autres les récidives locales ou les métastases, mais que par contre elles étaient d'un pronostic opératoire beaucoup plus sévère.

De nos jours, les connaissances acquises sur la curiethérapie des sarcomes permettent d'envisager une évolution nouvelle dans le traitement des sarcomes du vagin. A vrai dire, dans les recherches que nous avons effectuées, nous n'avons trouvé aucune observation de ces tumeurs traitées par le radium

conjointement ou non avec la chirurgie, cela tient sans doute pour une grosse part à la rareté de ces sarcomes. L'association de la chirurgie et du radium est donc particulièrement intéressante à noter dans le cas communiqué par M. Basset et que nous rapportons. Elles permet de prévoir une amélioration du pronostic de ces néoplasmes.

Nous envisagerons au cours de ce chapitre tout d'abord les diverses techniques chirugicales employées, leurs indications, insistant surtout sur la technique suivie par M. Basset et celles qui s'en rapprochent. Nous passerons vite sur les techniques anciennes, telles celles de Schauta qui, a l'opposé des précédentes, entraîne un acte opératoire étendu.

Nous verrons en second lieu la technique employée chez notre malade en ce qui concerne les applications de radium qui lui furent faites. A ce propos, nous plaçant à un point de vue général, nous discuterons les possibilités que nous apporte la curiethérapie dans les sarcomes envisagés et nous dirons quelles sont selon nous ses indications principales.

Techniques chirurgicales. — Rappelons la technique employée par M. Basset pour sa malade. Il introduit dans la vagin une valve pour soulever et refouler la paroi antérieure, puis pratique une dilatation anale et, avec deux doigts de la main gauche introduits dans le rectum M. Basset accroche le pole supérieur de la tumeur, la refoulant en avant et en bas. Une incision longitudinale est alors pratiquée

sur la paroi postérieure du vagin, après avoir traversé le plan sous muqueux puis la couche des fibres musculaires longitudinales de la cloison recto-vaginale, le chirurgien arrive sur la tumeur qui apparaît entourée d'une sorte de coque. La tumeur formée de végétations grisâtre, friables, est enlevée au bistouri d'abord puis aux ciseaux courbes en rasant d'aussi près que possible la face profonde de la muqueuse rectale. Bien qu'à la vue l'ablation de la tumeur paraisse complète, il est pratiqué un grattage de la loge à la curette. L'opération est terminée par la suture en bourse d'une petite perforation de la muqueuse rectale suivie d'un surjet des fibres musculaires de la cloison, enfin, suture au catgut de la muqueuse vaginale en plaçant un drain dans la cavité laissée vide par l'extirpation de la tumeur. Tamponnement du vagin pour finir. Au total, grande simplicité d'invervention qui se borne à l'ablation de la tumeur, par suite minimum de délabrement et de shock opèratoire. Cette technique semblait parculièrement justifiée ici puisqu'on avait affaire à une tumeur bien limitée et, de développement récent. Rétrospectivement l'examen histologique montrant l'existence d'un sarcome avec karyocinèses peu nombreuses confirma le choix de cette technique.

Nous rapprocherons de ce procédé celui qu'employa Ricard pour la malade de Rollin, bien que la tumeur eut son siège sur la paroi antérieure du vagin : « Une « incision verticale et médiane permit d'arriver sur la « tumeur qui fut facilement énuclée après dissec-

« tion de la paroi vaginale. La plaie fut suturée en un « seul plan, embrassant toute l'épaisseur de la paroi « et ne laissant pas d'espace mort. Guérison opéra- « toire rapide et sans incidents (1). »

Déjà moins simple est la technique employée par Tourneux. La tumeur était bas située sur la paroi recto-vaginale bien limitée et mobile en pratique, une périnéotomie transversale suivie d'un décollement recto-vaginal remontant jusqu'au cul-de-sac de Douglas, on résèque ensuite très largement la paroi vaginale qui est enlevée avec la tumeur. La brèche est fermée au catgut et au crin de Florence.

Lors de la première intervention faite par Morestin sur la malade dont il publie le cas, le délabrement opératoire est également réduit au minimum. Il s'agissait là encore d'un sarcome de la paroi recto-vaginale ; la tumeur est circonscrite par une incision elliptique de la muqueuse puis, après dissection elle est extirpée ; toute la muqueuse vaginale qui la coiffe est enlevée en même temps. La dissection de la partie profonde contiguë au rectum est seule un peu délicate, mais la tumeur paraissant bien limitée de ce côté elle peut être séparée de la dernière portion de l'intestin sans ouverture de celle-ci. La plaie vaginale est fermée par le même procédé que celui employé au cours d'une colporraphie.

1. Malheureusement Rollin ne mentionne pas le résultat éloigné de cette intervention, s'il y a eu récidive ou non.

Dans ces quatre interventions le chirurgien a cherché un minimum de délabrement. Trois d'entre eux (M. Basset, Morestin et Ricard) se contentent d'inciser la muqueuse vaginale et par cette voie de pratiquer l'ablation large de la tumeur. Seul Tourneux fait une incision transversale du périnée suivie du décollement de la paroi recto-vaginale et ablation consécutive de la tumeur. Dans chaque cas, les suites opératoires furent excellentes et les malades purent rapidement reprendre leurs occupations. Les suites éloignées par contre sont moins favorables ; nous avons vu la récidive rapide *in situ* suivie de métastases diverses chez la malade de Morestin ; Rollin ne mentionne pas la survie de la malade opérée par Ricard, Tourneux dont l'observation est relativement récente (1923) n'a pas encore mentionné à notre connaissance, de récidive, bien, que dans sa publication le pronostic porté fut très réservé. Quant à la malade de M. Basset, depuis un an et demi qu'elle est opérée, il n'y a aucune récidive. Est-ce le fait de l'intervention précoce ou des applications de radium post opératoires ?

Virenque dans son mémoire s'élève contre ces interventions restreintes, et conseille une ablation beaucoup plus étendue des parois vaginales, voire des tissus péri-utérins, intervention justifiée d'après lui par la fréquence des récidives, nous devons remarquer il est vrai que Virenque envisageant en bloc le traitement des tumeurs du vagin avait, semble-t-il, plus particulièrement en vue les épithélioma.

Cette opinion ne nous semble pas justifiée lorsqu'il s'agit de sarcomes et nous sommes en cela d'accord avec les chirurgiens précédents en particulier notre maître M. Basset, en effet les sarcomes ont peu tendance infiltrer les tissus voisins, ils se développent plus en refoulant qu'en envahissant de plus les métastases sarcomateuses empruntent la voie veineuse d'où intégrité des lymphatiques de la région contairement à ce qui se passe dans le cas d'épithélioma.

Les techniques déjà anciennes de Pozzi et de Olshausen sont à ce point de vue à rapprocher des précédentes ; elles consistent en une incision transversale du périnée, décollement de la paroi recto-vaginale poussé jusqu'au Douglas, la libération étant complète, on fait saillir la tumeur dans le vagin et on l'enlève en empiétant largement sur les tissus sains, on n'arrive au cul-de-sac de Douglas « qu'après extirpation complète des tissus malades et « le péritoine peut à la rigueur être ouvert sans dan- « ger d'inoculation. Pozzi ferme le périnée par « trois sutures métalliques disposées à la Lawson- « Tait. » Nous n'insisterons pas sur les variantes de techniques décrites par Le Prévost, Duhrsen qui extirpent en plus le col utérin.

Nous pensons inutile de nous étendre sur les procédés qui comportent des délabrements importants (techniques de Beulé, de Martin, d'Eiselsberg). Nous nous contenterons de résumer la technique classique de Schuchart-Schauta reprise d'ailleurs

par le professeur Hartmann. On pratique en pre mier lieu une dissection du vagin en manchette, suivie de la fermeture de ce conduit, on débride la commissure postérieure de la vulve, puis on sépare le vagin du rectum, on ouvre le Douglas ; on isole l'utérus de la vessie, puis on pratique l'ablation de l'utérus des annexes et du néoplasme vaginal en vase clos, le tout en bloc. Mentionnons pour mémoire les opérations par voie abdominale en particulier les techniques des auteurs lyonnais avec Polosson, la technique de Bérard par voie abdominale d'abord par voie vaginale ensuite.

Dans certains cas l'acte opératoire doit se borner à une intervention palliative et de propreté, c'est ainsi que Morestin se contente d'une ablation partielle de la tumeur en vue de décomprimer le rectum et la vessie, il s'agissait en effet d'une récidive sarcomateuse qui avait pris un développement considérable, remplissait le vagin, sortait à la vulve, qui rendait l'émission des urines et des selles très pénibles et d'autre part entretenait une fétidité effroyable. L'ablation de presque toute la masse fut pratiquée au ciseau et à la curette, elle fut suivie d'un soulagement marqué de la malade et permit des injections modificatrices et fit disparaître ainsi en grande partie la fétidité.

Emploi de la curiethérapie. — Nous n'avons pas rencontré dans nos recherches de sarcome du vagin chez l'adulte traité par le radium, hormis la malade de M. Basset. On se souvient qu'on lui

fit deux applications de radium un mois environ après l'ablation de la tumeur. Le Dr Degrais fit ces applications à huit jours d'intervalle : une première dans le vagin, de 60 milligrammes de radium ceux-ci répartis en six tubes de cinq dixièmes de millimètre de platine eux-mêmes contenus en deux tubes de plomb de 2 millimètres d'épaisseur à raison de 3 par tube. Enfin un filtrage secondaire était réalisé par une sonde noire en caoutchouc amétal de 2 millimètres. La durée de l'application fut de vingt-quatre heures, ce qui correspond d'après les calculs officiellement admis à 10 millicuries 80. Huit jours après avec le même filtrage, deuxième application celle-ci dans le rectum (durée vingt-quatre heures 26 milligrammes, ce qui correspond à 4 millicuries 68). Ces doses sont relativement faibles mais la tumeur étant enlevée en sa totalité semble-t-il, le traitement par le radium était pratiqué plus dans un but de garantie supplémentaire que par nécessité. En effet dans un cas d'épithélioma vaginal traité par Pouey, il est fait deux applications de radium respectivement de 200 milligrammes et de 100 milligrammes.

S'il est assez difficile de conclure à *l'efficacité* du traitement du radium chez notre malade, l'acte chirurgical qui l'a précédé, ayant été primordial, il suscite toutefois des remarques intéressantes.

Tout d'abord notre sarcome était de type *lymphoïde*. Ce fait est important, car les travaux de

Regaux, La Cassagne, Richard et leurs collaborateurs ont montré qu'ils étaient parmi les plus radio-sensibles.

Dans un article récent ceux-ci écrivent : « Les « sarcomes lymphoïdes sont très radio sensibles, « l'écart des radio-sensibilités entre leurs tissus « caractéristiques et leurs tissus généraux (conjonc- « tif, vaisseaux) est grand |: on les stérilise donc « facilement, les cellules radio-sensibles (lignée « lymphocytaire) forment la plus grande partie de « la masse du néoplasme ; c'est pourquoi la période « de latence (séparant le début de la radiothérapie « du début de la régression de la tumeur) est courte. « Ces faits sont connus depuis longtemps ; chacun « sait les succès rapides et impressionnants quoique « hélas souvent éphémères que les rayons X et le « radium ont produit dans le traitement des sarcomes « à petites cellules rondes. »

Les mêmes auteurs écrivent qu'à de rares exceptions l'exérèse chirurgicale donne dans ces sarcomes de mauvais résultats : « L'échec de la chirurgie est « dû non seulement à l'ensemencement local (le ter- « ritoire primitivement infecté ne pouvant être que « rarement contourné et enlevé en bloc), mais encore « à l'essaimage vasculaire des cellules malignes que « les multiples petits traumatismes inhérents à « l'opération font entrer dans les vaisseaux. » Ils ajoutent : « Il faut autant que possible éviter de « recourir à la *biopsie* pour assurer le diagnostic, « lorsque la tumeur est encore fermée. » Ces auteurs

basent leurs considérations avant tout sur des sarcomes lymphoïdes de la région du cou ou de la tête. Il faut dire que dans ces cas les sarcomes sont presque toujours extrêmement malins ce qui diffère de notre cas, par exception, la malignité en était encore relativement restreinte. De plus le diagnostic de ces lymphosarcomes du cou bien que très difficile peut être fait par un examen clinique minutieux.

Chez notre malade, le cas était tout différent, le diagnostic de sarcome était probable, nous l'avons vu. Mais quant à la nature histologique de ce sarcome il était impossible avant l'opération de la soupçonner d'autant plus que nous avions affaire ici à une forme histologique des plus rares. Si les auteurs déjà cités montrent les dangers de l'ablation des sarcomes lymphoïdes, et les résultats favorables de la radiothérapie sur ces sarcomes très sensibles, ils indiquent dans le méme article que par contre : « les sarcomes « fibroblastiques ne sont pas des néoplasmes à trai- « ter par la radiothérapie, la chirurgie conserve à « leur égard tous ses droits. La radiothérapie n'est « indiquée que dans les cas inopérables ou après « l'échec de l'exérèse chirurgicale. » Or ainsi que nos recherches nous l'ont montré nous avons vu que la plupart des sarcomes du vagin appartenaient au type fibroblastique. La technique suivie par M. Basset apparaît donc comme très indiquée au point de vue pratique. En effet *a priori*, on devait songer à la probabilité d'un sarcome et si l'on s'en réfère aux

cas antérieurs il y avait toutes chances pour que ce sarcome fut un sarcome fibroblastique, donc peu radio-sensible. L'ablation chirurgicale aussi complète que possible de cette tumeur bien limitée encore, sans métastases connues apparaissait comme le procédé de choix. L'examen histologique ayant révélé l'existence d'un sarcome à cellules rondes, très radio-sensible par conséquent, les applications de radium post-opératoires apportèrent à la malade une sécurité de plus.

Peut-on transposer le raisonnement ci-dessus et l'appliquer à la majorité des cas ? Nous le pensons. En effet discutons les deux autres méthodes qui sont logiquement possibles, d'une part l'emploi isolé du radium, d'autre part l'application de radium préopératoire.

La première nous semble devoir être écartée, la seconde se limiter à de rares cas.

Notre discussion sera sans doute assez théorique, puisque nous ne pouvons actuellement l'étayer par des cas concrets.

La curiethérapie employée isolément a donné dans certaines formes histologiques de sarcomes des résultats remarquables, dans d'autres cas par contre les résultats furent très décevants ; c'est dire que son application ne peut être faite sans données précises, elle exige un diagnostic clinique ferme, complété par un examen histologique; examen histologique qui apparaît indispensable pour savoir si la tumeur est très ou peu radio-sensible, et par

conséquent, si elle peut être traitée par le radium avec quelques chances de succès. Or dans les sarcomes du vagin, nous avons vu les difficultés du diagnostic clinique. Bien souvent on est obligé de se contenter d'un diagnostic de probabilité qui est confirmé ou infirmé à l'examen de la pièce. La curiethérapie isolée ne peut donc être appliquée qu'après biopsie. Lorsque la malade est vue alors que la tumeur est bien limitée encore faire une biopsie n'est pas beaucoup plus simple que de pratiquer d'emblée une ablation du néoplasme. D'autre part, une biopsie dans un sarcome n'est pas sans danger, elle peut être l'occasion de métastases. Pour ces diverses raisons, nous pensons avec M. Basset qu'il est bien préférable de pratiquer d'emblée une ablation aussi complète que possible de la tumeur sans courir le risque d'une biopsie qui pourrait souvent nous révéler une forme radiorésistante. Nous le pensons d'autant plus que cette intervention est bénigne et n'entraîne aucun délabrement important dans les cas envisagés.

Si nous rejetons la méthode d'application de radium seul, la seconde, application de radium et ensuite ablation de la tumeur nous semble devoir être retenue ; toutefois, le champ de ses indications est pour nous assez restreint.

Il serait surtout à envisager dans les cas où la malade étant vue assez tard, le sarcome a déjà pris un développement envahissant et ulcérant la muqueuse. Dans ces cas le radium pourrait rendre

de grands services, en faisant rétrocéder la tumeur, permettant une intervention qui, d'emblée, eût été trop hasardeuse.

Enfin dans les cas dont on ne peut même envisager l'opérabilité future, le radium permettra parfois un soulagement transitoire des malades.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Dans le présent travail, nous avons cherché à dégager les éléments caractéristiques des sarcomes du vagin chez l'adulte, en comparant entre elles les diverses observations publiées et l'observation inédite que nous relatons.

Ces sarcomes sont des tumeurs rares. Leur connaissance précise ne remonte pas à plus d'une quarantaine d'années.

A relire les mémoires parus sur la question, à étudier les divers cas rapportés, ce qui frappe est le polymorphisme anatomique et clinique de ces tumeurs.

Le cas que nous a communiqué notre maître le professeur agrégé A. Basset, bien que se rangeant avec la majorité dans le groupe des sarcomes circonscrits, présentait au point de vue histologique le type de sarcome lymphoblastique, type rarement rencontré. Le plus souvent, en effet, il s'agit de sarcomes fuso-cellulaires. Toutefois tous les types histologiques peuvent être vus. Mentionnons l'existence de sarcomes à noyaux multiples, et d'une forme exceptionnelle d'infiltration diffuse.

Le siège du sarcome n'a rien de réglé. Souvent,

comme dans notre observation, il siège au niveau de la paroi recto-vaginale.

La muqueuse vaginale peut être intacte, elle l'était chez notre malade. Cependant il n'est pas rare qu' elle soit ulcérée précocement et c'est là un point particulier à ces sarcomes du vagin sur lequel nous avons insisté.

La symptomatologie des sarcomes du vagin ne présente rien de caractéristique. Il s'agit tantôt d'une simple gêne d'ordre mécanique ainsi que le rapporte l'observation de M. Basset ; tantôt les troubles relèvent d'une altération précoce de la muqueuse, ce sont alors des pertes, le plus souvent sanglantes, parfois fort abondantes.

L'examen local montre une tumeur, de siège variable, en général peu volumineuse, assez bien limitée, dont la résistance au doigt éveillera l'idée de sarcome.

Le pronostic de ces tumeurs est jusqu'ici très sombre, après ablation chirurgicale, la récidive est presque de règle.

Le diagnostic est difficile en raison même de la banalité et de la pauvreté des symptômes. La discrimination avec une tumeur bénigne un fibromyome en particulier ou avec un épithélioma lorsque la muqueuse est ulcérée est quelquefois impossible sans examen histologique.

Le traitement jusqu'à ces dernières années fut uniquement chirurgical. D'accord avec la majorité des chirurgiens français, nous pensons que les opé-

rations mutilantes à gros délabrement doivent être rejetées ; elles ne mettent pas plus à l'abri des récidives que les interventions plus simples et de moindres risques. Ces dernières se bornent essentiellement à l'ablation locale, aussi complète que possible de la tumeur, c'est cette technique rationnelle qui fut suivie par notre maître M. Basset pour la malade dont il nous a communiqué l'observation. Les progrès de la curiethérapie des sarcomes nous permettent d'envisager une orientation nouvelle des traitements pratiqués jusqu'alors. Le cas rapporté par M. Basset apparaît à cet égard le premier exemple de l'association à l'acte chirurgical d'applications de radium. Celles-ci furent faites après l'opération pour donner une sécurité de plus en prévision de récidives locales. Le cas était très favorable étant donné la radio-sensibilité du sarcome en question.

Nous pensons que cette technique : ablation chirurgicale suivie d'applications de radium est indiquée dans la majorité des cas. Nous avons expliqué longuement pourquoi l'emploi isolé du radium devait être rejeté ou tout au moins réservé aux cas inopérables. Les applications préopératoires selon nous, sont à adopter seulement pour les cas déjà avancés qui de ce fait peuvent espérer devenir opérables.

Sans doute l'acte chirurgical restera longtemps encore le traitement principal des sarcomes du vagin. Nous devions cependant insister sur l'utilisation du radium. Nous espérons que dans des cas

semblables à celui que nous rapportons, l'association de la chirurgie et du radium pourra éviter l'apparition des récidives locales.

Vu : le Président de la thèse,
FAURE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Alglave et Milian. — Un cas de sarcome télangiectasique du vagin (Bul. Soc. anat. Paris, 1898, p. 651).

Agresti. — Un caso di fibromioma della vagina degenerato in sarcoma (Studium Napoli, 1922, t. XII, p. 304).

Coulon. — Contribution à l'étude des sarcomes primitifs du vagin chez l'adulte. Thèse de Paris, 1911.

Dellpian. — Contribution à l'étude des épithélioma et des sarcomes primitifs du vagin, étude clinique et thérapeutique (Annali obstetrica. Milano, 1923, p. 197).

Farland (Mac). — Sarcome du vagin (Amer. Journ. of medecine, n° 4, avril 1911).

Faure (J.-L.) et Siredey. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.

Gatti (G.). — Giornale della (R. Acad. di Medic. di Torino, juillet 1892, p. 664).

William (J.), Good. — St.-Bartholemew's Hosp. Rep., 1890, XXVIII, p. 97.

Graefe. — Un cas de mélanosarcome du vagin (Monatsschrift f. geb. u Gyn, f., 2 février 1912).

Hartmann (G.). — Les kystes du vagin. Thèse Paris, 1919.

Horn. — Zur Keutniss primœrer Scherden sarkome bei Estwachsenar (Monatsschr F. Geb. u. Gyn., Bd. 4 p. 409).

Kalustow. — Arch. fur gynäkol., Bd. 40, p. 499.

Kaschavarowa. — Virchow's Archiv, t. , liv. , p. 73.

Kaschavarowa et Spielberg. — Zur den Sarkomen der uterus und der Scheide (Arch. f. Gyn., t. IV, p. 344.

Jellett. — Histoire post-opératoire d'un sarcome primitif du vagin (The Journ. of Obst. and gyn. of Brit. Emp., octobre 1907).

Jellet et Earl (*H.-C.*). — Un cas de sarcome primitif du vagin chez une femme adulte (The journ. of obst. and Gyn. of Brit. Emp., 1904, p. 230).

Martin (*A.*). — Traité clinique des maladies des femmes (Berliner Klin. Woch., 1898, nº 40 et 41).

Morestin. — Sarcomes du vagin (Bulletin de la Société anatomique, 1900, p. 1045).

Parona. — Ann. Univ. de Médecine et Chir. Milan, 1887.

Peyroche. — Des tumeurs malignes de la vulve et du vagin. Thèse de Paris, 1905.

Pouey. — Deux cas de cancers primitifs du vagin traités par le radium (Gynécologie. Paris, 1922, p. 672).

Pozzi. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.

— Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie, 1894, t. XX, p. 832.

Rashkei. — Contribution à l'étude des noéplasmes primitifs du vagin (Journal d'Obstétrique et de Gynécologie de Saint Pétersbourg, 1903).

Regaux, Lacassagne, Richard, etc... — Curiethérapie et Radiothérapie des Sarcomes. Paris médical, février 1922.

Rollin. — Sarcome du vagin (Bulletin Société anatomique, mars 1905, p. 285).

— Les tumeurs solides et primitives du vagin. Thèse de Paris, 1905).

Rubeska (*W.*). — Centralt. für gynaek, 1er février 1896.

Schwartz. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 6 juillet 1900.

Steinthal. — Virchow's archiv, B. D. III.

Simmons. — Trans. of. Soc. Edimburgh, 1885.

Tourneux. — Un cas de sarcome du vagin (Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynecologie de Paris, 1923, t. LXII, p. 197).

Virenque (*M.*). — Les tumeurs malignes primitives du vagin (Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, III, 1913, p. 175).

7346 - Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris (10-26)

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.